

УДК 616.34-089:615.24

Е.М. МИЕРБЕКОВ, А.М. ЖАРАСБАЕВ, С.Р. МУХАНОВА, В.А. АРХИПОВ,
С.М. УВАЛИЕВА, А.Ш. КУСАИНОВ

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г. Алматы

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОРБИЛАКТА У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

Миербеков Е.М.

В статье проводится анализ современного препарата для инфузионной терапии и делается вывод, что препарат Сорбилакт, применяемый в интенсивной терапии у больных после хирургических вмешательств без вскрытия полостей, вызывает быструю активизацию перистальтики кишечника, а также улучшает микроциркуляцию, коррекцию водно-электролитного и кислотно-щелочного равновесия.

Ключевые слова: Сорбилакт, перистальтика, инфузионная терапия.

Ранний послеоперационный период у больных, оперированных по поводу хирургических заболеваний органов брюшной полости, нередко осложняется снижением объема циркулирующей крови, гемодинамическими, электролитными, метаболическими расстройствами, парезом кишечника, синдромом кишечной недостаточности, эндогенной интоксикацией [2, 7, 8]. Базисным лечением таких больных является адекватная инфузионная терапия с коррекцией вышеуказанных нарушений [2, 4, 8]. Это обуславливает значимость вводимых инфузионных сред, их терапевтический эффект, наличие побочных реакций и осложнений и является обоснованием дальнейшего изучения закономерностей изменения гомеостаза в раннем послеоперационном периоде, разработки новых препаратов и совершенствования тактики инфузионной терапии [3, 4, 5, 7]. Представляет интерес использование комбинированных препаратов для инфузионной терапии на основе многоатомных спиртов. Одним из таких является Сорбилакт, имеющий противошоковое, энергетическое, дезинтоксикационное, диуретическое и стимулирующее перистальтику кишечника действие, способствующее ликвидации метаболического ацидоза (создан Львовским НИИ патологии крови и трансфузионной медицины АМН Украины) [1, 4]. К настоящему моменту установлены биологические свойства и эффекты сорбилакта в организме, определены оптимальные и предельно допустимые дозы для введения, выделены преимущества перед другими инфузионными препаратами, научно обоснованы области применения [4].

Цель исследования – провести клиническую оценку эффективности комплексного использования полифунк-

ционального комбинированного препарата Сорбилакт у хирургических больных, оперированных на органах брюшной полости без вскрытия полых органов.

Материал и методы

Исследование проводилось в отделении анестезиологии и реаниматологии на базе АО «Научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова». Под наблюдением находились 60 пациентов в возрасте от 22 до 65 лет, среди них 45 (75%) мужчин и 15 (25%) женщин. Пациенты, вошедшие в основную и контрольную группы, были оперированы по поводу аневризмы брюшной аорты – 6 (10%); синдрома Лериша – 26 (43,3%); грыжи пищеводного отверстия диафрагмы – 18 (30%); калькулезного холецистита – 10 (16,6%). Выполнялись стандартные оперативные вмешательства с адекватной санацией и дренированием брюшной полости. В послеоперационном периоде 30 пациентам (основная группа) в составе комплексного лечения использовался

Таблица 1 – Клиническая характеристика групп исследованных больных

Группы исследуемых больных	Аневризма брюшной аорты	Синдром Лериша	Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	Калькулезный холецистит
Основная группа мужчин 22 (73,3%) женщин 8 (26,6%)	4	12	10	4
Контрольная группа мужчин 23 (76,6%) женщин 7 (23,4%)	2	14	8	6

Таблица 2 – Клиническая характеристика групп обследованных больных

	Основная группа I	Контрольная группа II
Всего	30	30
Возраст, лет	44,3±12,25	45±11,4
Вес, кг	70,2±15,37	71,4±12,35
Рост, см	170,2±2,73	169,2±3,54

Сорбилакт, 30 пациентов (контрольная группа) – получили стандартную терапию, в соответствии с протоколами лечения. Сравнимые группы были сопоставимы по нозологии, возрасту, сопутствующей патологии. Достоверно значимых различий по массе тела, длительности операции, величине кровопотери и объему инфузионной терапии между группами больных не было.

*Схема назначения препарата
(дозировка, длительность назначения)*

Сорбилакт вводился с первых суток после оперативного вмешательства внутривенно капельно по 200-400 мл (3,5-6,5 мл/кг, 60-80 капель в минуту) каждые 12 часов (2 раза в сутки) на протяжении нахождения больных в ОАРИТ.

Проводились клинические (пульс, температура, частота дыхания, суточный диурез, оценка моторики кишечника), лабораторные (клинические и биохимические анализы крови), инструментальные (УЗИ органов брюшной полости) методы исследования. Функциональное состояние кишечника (перистальтика) оценивали с помощью аускультации и УЗИ-контроля аппаратом Aloka SSD-1400. Терапевтический эффект Сорбилакта проявлялся, начиная с первых суток применения препарата (табл. 4).

Результаты и обсуждение

Полученные результаты клинических и лабораторных исследований свидетельствуют о положительной динамике моторно-эвакуаторной функции кишечника, что коррировало с позитивными изменениями общего состояния больного (нормализация пульса, температуры, частоты дыхания, биохимических показателей крови, лейкоцитоза) при включении в комплексное лечение Сорбилакта. Так, в группе больных, которые получали Сорбилакт, на первые сутки прослушивалась и визуализи-

ровалась перистальтика кишечника, отходили газы, чем в контрольной группе обследованных. Послеоперационное время нахождения в ОАРИТ группы больных, получавших Сорбилакт, составил $18 \pm 3,6$ ч, что в два раза меньше, чем у контрольной группы $38 \pm 7,8$ ч ($p < 0,05$).

Всем больным в зависимости от основной патологии была назначена общепринятая базисная терапия по лечению основного заболевания.

Клиническая эффективность препарата Сорбилакт в комплексном лечении пациентов, оперированных на органах брюшной полости без вскрытия полых органов, оценивали по динамике субъективных ощущений.

Лабораторные биохимические показатели при терапии Сорбилактом не изменились

Обсуждение и обобщенные выводы

Комплексное использование Сорбилакта сопровождается высокой клинической эффективностью относительно профилактики и лечения послеоперационного пареза и связанного с ним развития синдрома кишечной недостаточности и эндогенной интоксикации.

Применение Сорбилакта в комплексном лечении пациентов, оперированных на органах брюшной полости без вскрытия полых органов, ускоряет восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника и начало энтерального питания, а также сокращает сроки пребывания пациента в отделении реанимации.

Таким образом, использование Сорбилакта в раннем послеоперационном периоде является эффективным методом выбора при лечении больных с хирургической патологией органов брюшной полости, и целесообразно включать его в протокол послеоперационного ведения больных, перенесших оперативные вмешательства на брюшной полости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1 Байда В.Г., Безпалько Ю.М., Филиппов Ю.Ю. Сравнительная характеристика плазмозаменителей гемодиализного действия и применение их в интенсивной терапии // Медицина транспорта Украины. – 2005. – №4. – С. 17–31

2 Белебеев Г.И., Окунева Е.Е., Чебан А.Л., Стадник И.А. Опыт применения инфузионных препаратов сорбилакт

Таблица 3 – Время нахождения больных в ОАРИТ

Основная группа	Контрольная группа
$18 \pm 3,6$ ч	$38 \pm 7,8$ ч*
Примечания: * – достоверное отличие от 1 группы ($p < 0,05$)	

Таблица 4 – Динамика клинических показателей у больных на этапах исследования

Часы после операции	6		12		18		24		48	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
Пульс	$85 \pm 7,1$	$89 \pm 6,5$	$83 \pm 6,8$	$85 \pm 6,2$	$76 \pm 6,5$	$85 \pm 6,0$	-	$85 \pm 6,2$	-	$80 \pm 6,3$
Т тела	$36,6 \pm 0,11$	$36,6 \pm 0,12$	$36,6 \pm 0,11$	$36,6 \pm 0,13$	$36,6 \pm 0,12$	$36,6 \pm 0,14$	-	$36,6 \pm 0,11$	-	$36,6 \pm 0,10$
ЧДД	$13 \pm 1,1$	$15 \pm 0,9$	$12 \pm 1,02$	$14 \pm 1,02$	$12 \pm 1,05$	$14 \pm 1,05$	-	13 ± 1	-	$12 \pm 1,5$
Перистальтика аускультативно	±	нет	+	нет	+	±	-	±	-	+
Перистальтика УЗИ контроль	+	нет	+	нет	+	±	-	±	-	+
Примечания: "+" – перистальтика есть; "±" – перистальтика вялая; "нет" – перистальтика отсутствует; "-" – пациенты переведены в отделение										

Таблица 5 – Динамика лабораторных показателей у больных на этапах исследования

Часы после операции	6		12		18		24		48	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
К, ммоль/л	3,98±0,47	3,35±0,72	4,11±0,39	3,7±0,67	4,5±0,21	4,0±0,38	-	4,0±2,5	-	4,1±2,7
Na, ммоль/л	140,2±2,5	140,3±3,16	141,5±2,25	139,7±	142±2,36	145±2,51	-	143±1,9	-	142±2,4
Ca, ммоль/л	1,14±0,04	1,11±0,02	1,26±0,02	1,19±0,03	1,27±0,025	1,2±0,17	-	1,18±0,15	-	1,19±0,02
АЛТ U/L	28±3,56	35±2,85	30±3,25	40±1,25	30±1,58	40±1,02	-	38±1,05	-	35±2,09
АСТ U/L	29±1,58	36±1,65	28±1,87	36±1,5	30±2,6	36±1,06	-	37±1,06	-	34±1,08
Билирубин, мкмоль/л	15±1,09	16±0,95	14±1,05	16±1,02	15±1,06	17±1,06	-	18±1,06	-	17±1,06
Мочевина, ммоль/л	4,2±1,21	4,5±1,05	4,3±1,07	5±0,9	4,5±1,2	4,5±0,8	-	4,5±1,1	-	4,3±1,2
Креатинин, ммоль/л	0,14±0,001	0,17±0,0015	0,14±0,0013	0,17±0,0012	0,14±0,0012	0,18±0,0014	-	0,18±0,0014	-	0,17±0,0013
pH	7,34±0,02	7,26±0,02	7,36±0,02	7,30±0,01	7,38±0,02	7,35±0,01	-	7,35±0,02	-	7,39±0,02
BE	-4±2,08	-6±2,07	-2,6±2,31	-5±2,08	-2,5±0,00	-3±1,8	-	-3±1,08	-	-2±2
pCO ₂	38±2,1	38±2,5	37±2,4	39±1,5	39±2,1	39±1,5	-	38±1,8	-	39±1,9
pO ₂	110±10,5	100±10,2	115±7,8	105±6,5	115±10,2	100±7,8	-	110±7,8	-	105±6
SO ₂	98±1,2	96±2,3	100±1	97±2,1	100±1,2	97±1,6	-	98±1,9	-	98±1,4
Hb	112±15,51	110±10,65	110±9,85	107±10,22	109±11,26	106±12,25	-	106±12,28	-	106±12,25
Ht	0,32±0,01	0,33±0,02	0,33±0,015	0,33±0,014	0,33±0,015	0,32±0,014	-	0,33±0,015	-	0,33±0,014
RBC	3,32±0,08	3,35±0,096	3,31±0,091	3,41±0,094	3,50±0,095	3,4±0,095	-	3,5±0,095	-	3,5±0,093
WBC	7,8±1,3	8±1,2	6,5±0,9	8,7±1,5*	6,2±0,8	8,9±1,6*	-	8,6±1,4	-	8,1±0,9
PLT	236±15,1	240±10,4	246±14,8	241±11	245±15	242±12,7	-	241±13,4	-	240±14,01

Применения: * – достоверное отличие от 1 группы (p<0,05)

и реосорбилакт в комплексной терапии НЭК и гипербилирубинемии у новорожденных // Хирургия детского возраста. – 2005. – Том II. – №3-4 (8-9). – С. 50-54

3 Бурьянов О., Кваша В., Идрис Мусаб Фармакотерапия псориатического артрита // Лекарства Украины. – 2004. – №2. – С. 69-72

4 Возианова Ж.И., Печинка А.М. Препараты сорбилакт и реосорбилакт – современный подход к инфузионной парентеральной терапии // Современные инфекции. – 2005. – №2. – С. 40-46

5 Ганул В.Л., Кирилевский С.И. Рак пищевода: руководство для онкологов и хирургов. – К.: Книга плюс, 2003

6 Гаврисюк В.К. Лечение больных с хроническим легочным сердцем // Украинский пульмонологический журнал. – 2004. – №1. – С. 5-8

7 Гаврисюк В.К., Гуменюк Н.И., Дзюблик Я.А., Морская Н.Д., Суворкина И.В. Коррекция реологических свойств крови в комплексном лечении больных с декомпенсированным легочным сердцем // Кровообращение и гемостаз. – 2005. – №3-4. – С. 125-128

8 Гаврисюк В.К., Гуменюк Н.И., Морская Н.Д., Яхница Т.В., Меренкова Е.А. Сравнительное изучение влияния реосорбилакта и реополиглокина на состояние гемоконцентрации, вязкости крови и агрегационной способности тромбоцитов у больных с хроническим легочным сердцем и хронической сердечной недостаточностью // Украинский пульмонологический журнал. – 2006. – №1. – С. 35-38

9 Гебеш В.В., Сухов Ю.А., Дезинтоксикационная терапия реосорбилактом в комплексном лечении больных лептоспирозом // Мистецтво лікування (Искусство лечения). – 2004. – №8 (14). – С. 80-81

10 Гебеш В. В., Дудар Д. М. Эффективность реосорбилакта и сорбилакта в лечении больных на лептоспироз и менингиты различной этиологии // Семейная медицина. – 2004. – №1. – С. 51-52

11 Георгиянц М.А., Косунов В.А. Интоксикационные синдромы в медицине критических состояний и возможности их инфузионной коррекции. Мифы и реальность // Мистецтво лікування (Искусство лечения). – 2007. – №4 (40). – С. 74-77

12 Георгиянц М.А., Одинец И.Ю., Корсунов В.А. Применение препарата “Реосорбилакт” в качестве средства для стартовой инфузионной терапии у детей с гиповолемией // Гематология и переливание крови: Межведомственный сборник №32, часть 1. – Харьков: “НТМТ”, 2004. – С. 176-181

13 Георгиянц М.А., Одинец И.Ю., Корсунов В.А. Интоксикационные синдромы в интенсивной терапии и новые возможности их коррекции // Врачебная практика. – 2007. – №3. – С. 86-94

14 Георгианц М.А., Корсунов В.А. Применение препарата “Реосорбилакт” в качестве компонента инфузионной терапии гиповолемического шока у детей с тяжелыми формами инфекционных заболеваний // *Материалы VII съезда инфекционистов Украины «Инфекционные болезни – общемедицинская проблема» (27-29 сентября 2006 г., Миргород).* – Тернополь: “Укрмедкнига”, 2006. – С. 375–378

15 Георгианц М.А., Корсунов В.А., Столяров К.Е., Шилова Е.В. Опыт применения реосорбилакта для лечения гемодинамических нарушений у детей с инфекционной патологией // *Боль, обезболивание и интенсивная терапия.* – 2004. – №2-Д. – С. 259-261

16 Гладких И.В. Особенности лечения детей с тяжелой ожоговой травмой // *Материалы конференции «Актуальные вопросы диагностики и лечения ожоговой травмы» (19 ноября 2004 г., г. Одесса).* – Одесса: Б.и., 2004. – С. 20-23

17 Горovenko H.T., Осипова Л.С., Гришило П.В. и др. Патогенетическое обоснование и опыт применения инфузионных препаратов сорбилакт и реосорбилакт при лечении аллергических заболеваний // *Украинский пульмонологический журнал.* – 2003. – №3. – С. 25–27

18 Грищенко О.В., Ляхно И.В., Шевченко О.И. и др. Опыт лечения фетоплацентарной недостаточности у беременных с преэклампсией // *Клиническая фармация.* – 2003. – Т. 7, №3. – С. 40–42

19 Гуменюк Н.И. Сравнительная эффективность неогемодеза, сорбилакта и реосорбилакта в комплексной инфузионной дезинтоксикационной терапии // *Семейная медицина.* – 2004. – №2. – С. 68-72

20 Гуменюк Н.И. Влияние плазмозамещающего препарата на основе сорбитола и лактата натрия на реологические свойства крови у больных ишемической болезнью сердца и хроническим обструктивным бронхитом // *Матер. научно-практ. конфер. «Актуальные вопросы кардиологии и ревматологии».* – Киев, 21 ноября 2003 г. – К., 2003. – С.41

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Е.М. МИЕРБЕКОВ, А.М. ЖАРАСБАЕВ, С.Р. МҰХАНОВА, В.А. АРХИПОВ, С.М. УВАЛИЕВА, А.Ш. ҚҰСАЙЫНОВ

А.Н. Сызганов атындағы Ұлттық хирургия ғылыми орталығы, Алматы қ.

ХИРУРГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРҒА ЕРТЕ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢДЕ СОРБИЛАКТТЫ ПАЙДАЛАНУ

Мақалада инфузиялық емдеуге арналған заманауи препаратқа талдау жүргізіледі және ішек қуыстарын ашпай хирургиялық шаралардан кейін науқастарда қарқынды емдеуде қолданылатын “Сорбилакт” препараты ішек жиырылуының тезірек жандануын туғызады, сондай-ақ кіші қан айналымын, су-электролитті және қышқыл-сілтілік тепе-теңдікті түзетілуін жақсартады деген қорытынды жасалады.

Зерттеу мақсаты – қуыс ағзаларды ашпай іш қуысы органдарына операция жасалған хирургиялық науқастарға Сорбилакт полифункционалдық құрама препаратын кешенді пайдаланудың тиімділігіне клиникалық баға беру.

Материал және әдістер: Бақылауда 22-ден 65 жасқа дейінгі 60 емделуші болды, олардың ішінде 45-і (75%) ерлер және 15-і (25%) әйелдер.

Нәтижелері және талқылау: Негізгі және бақылау топтарына енгізілген емделушілердің 6-уына (10%) кеуде қолқасының аневризасы; 26-сына (43,3%) Лериш синдромы; 18-іне (30%) көк еттің өңеш қуысының жарығы; 10-ына (16,6%) калькулездік өт қабынуы себепті операция жасалған. Аталған емделушілерге операциялық шарадан кейінгі алғашқы тәуліктерде әр 12 сағат сайын (тәулігіне 2 мәрте) көктамыр ішіне 200-400 мл (3,5-6,5 мл/кг, минутына 60-80 тамшы) тамызғылап, Сорбилакт енгізілді.

Қорытындылар: Қуыс органдарды ашпай іш қуысы органдарына операция жасалған емделушілерді кешенді емдеу кезінде Сорбилактты қолдану ішектің моторлы-эвакуаторлық функциясын қалпына келтіруді және энтералдық қоректенудің басталуын жеделдетеді, сондай-ақ емделушінің жан сақтау бөлімінде болу мерзімін қысқартады.

Негізгі сөздер: Сорбилакт, жиырылу, инфузиялық емдеу.

SUMMARY

E.M. MIERBEKOV, A.M. ZHARASBAEV, S.R. MUKHANOVA, V.A. ARKHIPOV, S.M. UVALIEVA, A.Sh. KUSAINOV

National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov, Almaty c.

APPLICATION OF SORBILOCT IN SURGICAL PATIENTS IN EARLY POSTOPERATIVE PERIOD

The article contains the analysis of the contemporary drug for infusion therapy and conclusion that Sorbilact used during the intensive care in patients after surgery without opening the cavities causes the rapid activation of intestinal motility, as well as improves the microcirculation, correction of water-electrolyte and acid-basic balance.

The purpose of the study is conducting a clinical evaluation of the complex use effectiveness for the multifunctional combined preparation Sorbilact in surgical patients having the abdominal organs operated without opening hollow organs.

Material and methods: The study involved 60 patients aged from 22 to 65 years, among them 45 (75%) persons were men and 15 (25%) were women.

Results and discussion: The patients included into the main and reference groups were operated for the abdominal aortic aneurysm – 6 persons (10%); Leriche syndrome – 26 persons (43.3%); hiatal hernia – 18 persons (30%); calculous cholecystitis – 10 persons (16.6%). These patients received Sorbilact from the first day after surgery by intravenous infusion of 200-400 ml (3.5-6.5 ml / kg, 60-80 drops per minute) every 12 hours (twice a day).

Conclusion: Application of Sorbilact in complex treatment of patients having their abdominal organs operated without opening hollow organs accelerates the recovery of motor-evacuation function of the intestine and the beginning of enteral nutrition, and shortens the patient's stay in the intensive care department.

Key words: Sorbilact, peristalsis, infusion therapy.